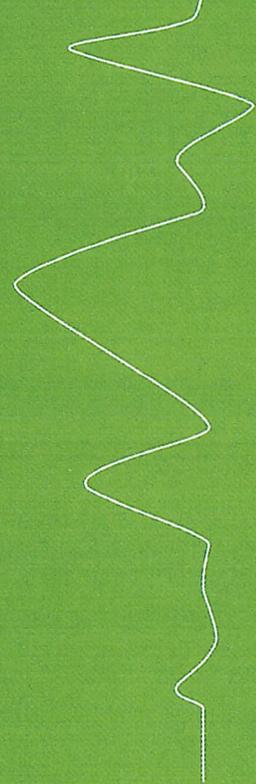


ERSTKONTAKT

Name

Termin



DEUTSCHER  
SCHMERZFRAGEBOGEN  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE



BOGEN  
FÜR KINDER

Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 023 63 / 975-180  
Fax: 023 63 / 975-181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
Web: [www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de](http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
[www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum)

DSF-KJ Kinder Erstkontakt, Version 3.0

© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum  
Layout: RDN Agentur für PR, Recklinghausen



Hallo Du,

wir möchten Dich ein paar Dinge zu Deinen Schmerzen fragen. Mit Deinen Antworten hilfst Du uns, Deine Schmerzen besser zu verstehen.

Wenn Du eine Frage nicht verstehst, frage einen Erwachsenen. Und los geht's!

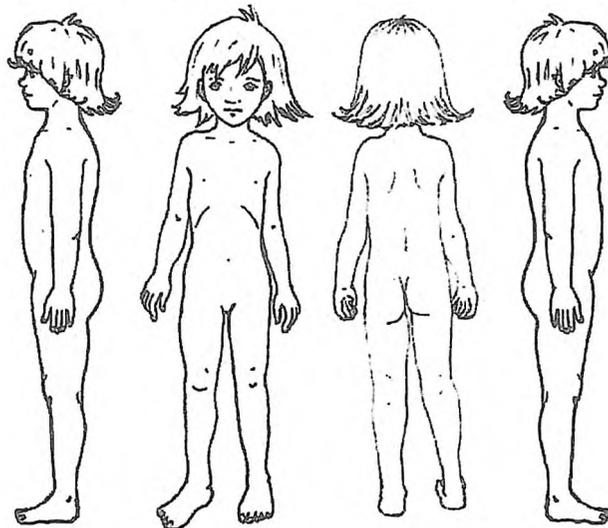
1. HEUTIGES DATUM:

2. DEIN NAME:

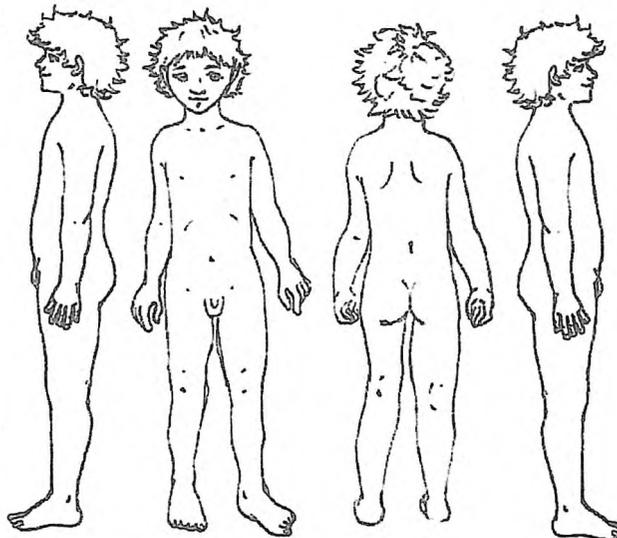
3. DEIN ALTER:

4. BITTE KREUZE („X“) DIE STELLEN AN, AN DENEN DU SCHMERZEN HAST.
5. BITTE MALE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (○) AN DIE STELLE, DIE DIR AM MEISTEN WEHTUT. DAS NENNEN WIR DANN DIE HAUPTSCHMERZEN.

MÄDCHEN



JUNGEN



6. HAST DU **DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN SIND **IMMER DA UND NIE WEG**)?

- Ja, meine Schmerzen sind immer da und nie weg
- Nein, meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg

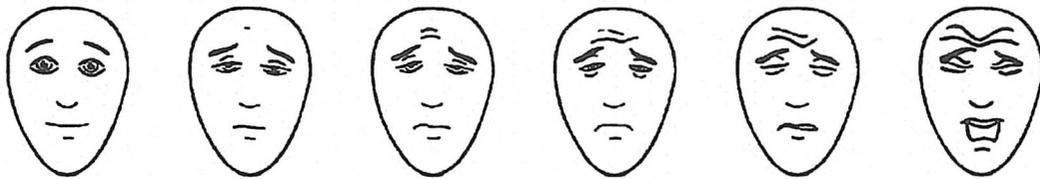
**WIE GEHT DAS MIT DEM ANKREUZEN DER GESICHTER AUF DIESER SEITE?**

Die Gesichter zeigen, wie sehr etwas wehtun kann. Das erste Gesicht ganz links zeigt, dass es gar nicht wehtut, dass Du also keine Schmerzen hast. Die anderen Gesichter zeigen, dass es mehr und mehr wehtut bis hin zum letzten Gesicht ganz rechts, das zeigt, dass es ganz stark wehtut.

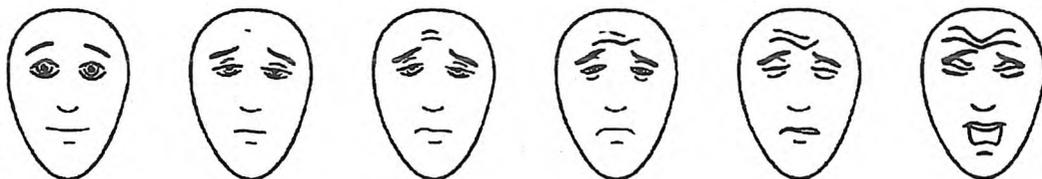
Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über Deine **Hauptschmerzen** erfahren, d.h. die Schmerzen, die Du in der Körperabbildung mit einem **Kreis** markiert hast.

Wie waren diese Schmerzen in den **letzten 7 Tagen**?

7. **WIE STARK WAREN DEINE STÄRKSTEN SCHMERZEN?**  
 KREUZE BITTE DAS GESICHT AN, DAS AM BESTEN PASST. BITTE KREUZE NUR **EIN** GESICHT AN!



8. **WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN MEISTENS, WENN DU SCHMERZEN HATTEST?**  
 KREUZE BITTE DAS GESICHT AN, DAS AM BESTEN PASST. BITTE KREUZE NUR **EIN** GESICHT AN!



9. **WIE FÜHLEN SICH DEINE SCHMERZEN AN?**

	Ja	Nein
a) Mein Schmerz ist ganz tief drin und drückt (dumpf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Mein Schmerz sticht wie eine Nadel (spitz/stechend)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Mein Schmerz kommt ganz plötzlich (einschießend)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Mein Schmerz pocht wie mein Herz (pulsierend)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Mein Schmerz brennt wie Feuer oder Brennnesseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Bei Schmerzen zieht sich alles zusammen (krampfartig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oder fühlen sie sich anders an? Wie?

.....

.....

.....

.....

10. WAS GLAUBST DU, WOHER DEINE SCHMERZEN KOMMEN ODER WAS DER GRUND FÜR DEINE SCHMERZEN IST?

---

---

---

---

---

---

---

---

11. WAS TUST DU, WENN DU SCHMERZEN HAST?

---

---

---

---

---

---

---

---

12. WAS TUN DEINE ELTERN, WENN DU SCHMERZEN HAST?

---

---

---

---

---

---

---

---

MALE HIER EIN BILD ÜBER DEINE SCHMERZEN ODER SCHREIB AUF,  
WAS DIR ZU DEINEN SCHMERZEN DURCH DEN KOPF GEHT.

**VIELEN DANK!**

**BESUCHE UNS AUCH AUF UNSERER INTERNETSEITE**

[www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de](http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de)

**ODER AUF UNSERER FACEBOOKSEITE**



[www.facebook.com/  
deutscheskinderschmerzzentrum](https://www.facebook.com/deutscheskinderschmerzzentrum)





Deutsches  
Kinderschmerzzentrum



Vestische Kinder- und  
Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke



TRÄGER:  
VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH

Name, Vorname .....

Datum: .....

## P-PDI SELBSTAUSKUNFT

### DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Fällt Dir noch etwas anderes ein, wobei Dich Deine Schmerzen stören? Oder möchtest Du einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben? Hier kannst Du es aufschreiben:

.....

.....

.....

Name, Vorname .....

Datum: .....

## DEUTSCHE FASSUNG DES PAEDIATRIC PAIN COPING INVENTORY (PPCI-REVISED)<sup>1</sup>

HIER IST EINE LISTE VON DINGEN, DIE KINDER MANCHMAL TUN, WENN SIE SCHMERZEN HABEN ODER IHNEN ETWAS WEH TUT. KREUZE BITTE JEDES MAL AN, OB DU DIESE BESCHRIEBENEN DINGE FAST NIE, MANCHMAL ODER HÄUFIG TUST. ACHTE BITTE DARAUF, DASS DU NEBEN JEDEM SATZ NUR EIN KREUZ MACHST.

Wenn ich Schmerzen habe oder mir etwas weh tut,	FAST NIE	MANCHMAL	OFT
1. gehe ich ins Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. frage ich nach Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. möchte ich in den Arm genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. suche ich jemanden, der meine Schmerzen versteht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. weine oder schreie ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. reibe ich mir die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ermutige ich mich selbst, tapfer zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sitzen meine Mutter, mein Vater, ein Freund oder eine Freundin bei mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. versuche ich, nicht an den Schmerz zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. atme ich tief durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. denke ich an schöne Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. rede ich mit jemandem darüber, was ich den Tag über gemacht habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. wünsche ich mir, dass die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hoffe ich, dass meine Schmerzen nicht schlimmer werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. stelle ich mir in Gedanken vor, wie ich selbst die Schmerzen vertreibe oder verschwinden lasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. sage ich mir selbst, dass es mir bald wieder gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. lege ich mich hin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sage ich meiner Mutter oder meinem Vater Bescheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bitte ich jemanden, bei mir zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. weiß ich, dass ich um etwas bitten kann, das die Schmerzen verringert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. bitte ich jemanden, mir zu erklären, warum ich Schmerzen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. tue ich etwas Kaltes oder etwas Warmes auf die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. schlafe ich bis die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. drücke ich die Hand einer anderen Person oder etwas anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. bitte ich jemanden, mir zu erzählen, dass die Schmerzen weggehen und es mir besser gehen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>1</sup>englische Originalversion Paediatric Pain Coping Inventory (PPCI) von Varni et al. Pain, 1996

Auswertung

PaSchm

SuSoz

PosSel